Ueber Maladie des Tics Convulsifs.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 18. April 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Heymann Hirschfeld

pract. Arzt aus Spandau.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Jacoby, pract. Arzt.
- Dr. med. S. Kalischer, pract. Arzt.
- Dr. med. A. Loewy, pract. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535703_0125

Im Jahre 1885 veröffentlichte Gilles de la Tourette auf Charcot's Anregung in den „Archives de Neurologie", eine wichtige Arbeit unter dem Titel: Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. Der genannte Autor beschrieb in jener Abhandlung eine eigenthümliche Neurose, die sich bereits im Kindesalter entwickelte. Nach ihm sollte die Erkrankung mit eigenthümlichen Zuckungen im Gesicht beginnen. Sie sollte sich weiter verbreiten können auf die Extremitäten und unter Umständen mit solcher Heftigkeit auftreten, dass, falls die Beine von der Affection ergriffen würden, daraus Sprungbewegungen resultirten. Im Schlafe sah Gilles de la Tourette alle diese Bewegungen aufhören; dagegen wurden sie durch psychische Einflüsse leicht ausgelöst und konnten durch den Willen nur in geringer Weise beeinflusst werden. Zu diesen klonischen Muskelzuckungen kam die Neigung, eben gehörte Worte nachzusprechen; dies geschah gewaltsam, ebenso wie der Nachahmungstrieb gesehener Bewegungen unwiderstehlich werden konnte. Oft waren es gerade obscöne Worte, welche die Kranken mit Vorliebe aussprachen, doch blieb im Uebrigen bei dieser chronisch verlaufenden Krankheit die Psyche intact. Gilles de la Tourette verglich diese eigenthümliche Affection mit jenen Störungen, welche Beard unter dem Namen „Jumping du Maine" und O'Brien als „Latah" bezeichnete, während sie Hammond

mit dem Namen „Myriachit“ belegte. Und in der That waren die Symptome, welche er bei seinen Kranken in der Salpêtrière bemerkte, in mancher Hinsicht durchaus denjenigen ähnlich, welche die zuletzt erwähnten Autoren in Amerika, auf den malayischen Inseln oder in Sibirien beobachtet hatten. Durch diese von Gilles de la Tourette veröffentlichte Arbeit wurde nun Georges Guinon veranlasst im Jahre 1886 gleichfalls eine Reihe von ähnlichen Krankengeschichten zu veröffentlichen, wobei er gleichzeitig manche Thatsachen, die von Gilles de la Tourette nicht richtig gedeutet waren, erst in's rechte Licht stellte und überhaupt das wichtige Krankheitsbild zu einem Ganzen abrundete. Guinon beschrieb damals in der Revue de médecine eine sehr complicirte Affection, bei welcher neben unwillkürlichen Muskelzuckungen, die Echolalie, die Coprolalie und fixe Wahnideen eine wesentliche Stelle einnahmen. Diese merkwürdigen Zustände belegte er nach dem Vorschlage von Charcot mit dem Namen „Maladie des Tics convulsifs“.

Diese Krankheit scheint nun nach den spärlichen Mittheilungen, die wir darüber in der Litteratur verzeichnet finden, wenig bekannt und auch nicht gerade häufig zu sein, sowohl wenn wir das Myriachit mit der Charcot-Guinon'schen Krankheitsform identificiren, als auch ganz besonders, wenn wir nach dem Vorschlage einiger russischer Autoren die in Sibirien vorkommende Affection von der in Rede stehenden Maladie des Tics — und zwar unter dem Namen „Meriatschenje“ — absondern würden. Hat doch Guinon selbst nur 4 reine Fälle dieser „Tic-Krankheit“ an der Salpêtrière beobachtet, denen sich vier weitere Fälle, die ausschliesslich von amerikanischen und französischen Aerzten beobachtet und veröffentlicht sind, anschliessen. Letztere vier Berichte haben wir in den verschiedensten englischen und französischen Zeitschriften zerstreut gefunden.

Diesen acht Krankengeschichten sind wir in der Lage drei neue hinzufügen zu können; es handelt sich dabei um Kranke, welche sämmtlich in der Privatklinik beziehungsweise Poliklinik des Herrn Professors Mendel behandelt sind, dessen Güte wir einerseits die Erlaubniss um Veröffentlichung dieser drei Fälle verdanken, wie er uns auch andererseits Gelegenheit gegeben hat, zwei von diesen Kranken längere Zeit beobachten zu können. Wir sind somit im Stande, über 11 Fälle dieser in so mannigfacher Hinsicht höchst interessanten „Maladie des Tics" referiren zu können. Wir schliessen hier die Krankengeschichten der 4 Guinon'schen Patienten um so lieber mit ein, als wir über diese Fälle in keiner deutschen Zeitschrift einen Bericht finden konnten.

Mit diesen Kranken werden wir beginnen.

I.

Anamnese: Die 64jährige Patientin J. ist psychopathisch in hohem Grade belastet. Sowohl ihr Vater als auch ihre Mutter sind geisteskrank gestorben. Sie selbst hat während ihrer ersten Kindheit an Krämpfen gelitten und wurde dann als 12jähriges Mädchen wegen einer Schulteraffection in's Kinderhospital aufgenommen; hier lag sie neben einem an Chorea leidenden Mädchen und bekam nun ihrerseits eine eigenthümliche Affection, welche sie zwar als Veitstanz bezeichnet, die aber mit ziemlicher Sicherheit schon damals mit Chorea nichts zu thun hatte, sondern sich eben nur durch unwillkürliche Muskelzuckungen im Gesicht und an den Extremitäten charakterisirte, wobei gleichzeitig ein abnormer Geisteszustand auffiel. Mit 16 Jahren menstruirt, heirathete sie 9 Monate später. Aber bereits in der Brautnacht regte die Annäherung ihres Mannes sie derart auf, dass es zum Ausbruch von Wahnvorstellungen kam, welche ihre Ueberführung nach der Salpêtrière noth-

wendig machten. Hier blieb sie drei Jahre. Während dieser Zeit litt sie an Tobsuchtsanfällen und sonderbaren Hallucinationen. Doch besserte sich der Zustand allmählich in so weit, dass die maniakalischen Anfälle nur noch in langen Zwischenpausen und nur unter dem Einfluss lebhafter Erregungen auftraten, wie z. B. die Nachricht von dem Tode ihrer wahnsinnigen Mutter von neuem den Ausbruch von Tobsucht zur Folge hatte. Schliesslich schien sie geheilt, da die Anfälle ausblieben. Doch dauerte dieser günstige Zustand nur 13 Monate, wo dann der Tod ihrer Schwester ein Recidiv veranlasste. Damals soll sie gleichzeitig zwei epileptische Anfälle gehabt haben, wesshalb sie auf die Epileptiker-Station gebracht wurde. Dort aber wiederholten sich die Aufälle nicht mehr. Sie blieb nun vier Jahre lang vollkommen gesund, worauf zum zweiten Male die klonischen Muskelzuckungen auftraten, von denen sie jedoch wiederum geheilt wurde.

Im Jahre 1874 trat Patientin abermals in die Salpêtrière ein wegen eines Larynxspasmus verbunden mit Stockschnupfen, zu welchen Erscheinungen sich noch choreïforme Bewegungen hinzugesellten. Sie wurde zwar auf kurze Zeit geheilt, doch stellten sich noch in demselben Jahre eine Reihe von eigenthümlichen Krankheitserscheinungen ein, die nun dauernd bestehen blieben.

Status praesens (1885): Patientin leidet an krampfhaften Muskelzuckungen, welche anfallsweise auftreten. Bald kehren die Anfälle ohne Ursache wieder, bald ist es eine besondere Erregung, welche die Attacken hervorruft und sie sogar an Frequenz zunehmen lässt. Schon eine unvermuthete Berührung der Kranken ist im Stande die unwillkürlichen Bewegungen auftreten zu lassen. Die Kranke springt dann plötzlich in die Höhe und stösst einen Schrei aus. Letzterer ist bald unartikulirt (Ah!), bald ist er von einem unanständigen Ausdruck

begleitet. Gleichzeitig macht dabei Patientin unwillkürliche Bewegungen mit den Armen; auch bestehen Krampfbewegungen im Gesicht, welches durch dieselben fratzenhaft wird. Sie ahmt jede Grimasse, die man vor ihr schneidet, nach, ebenso wie ein in ihrer Nähe ausgestossener Schrei unmittelbar die Wiederholung desselben Schreies mit Sprungbewegungen zur Folge hat. Die Willenskraft der Patientin ist so gut wie gar nicht im Stande diese Bewegungen und die Coprolalie zu unterdrücken. Sitzt sie, so zeigt sie eine ganz merkwürdige Erscheinung; sie hebt die Arme in die Luft, beugt die unteren Extremitäten nach dem Becken hin und steht plötzlich auf, um sich drei- oder viermal um sich selbst zu drehen und sich dann wieder zu setzen. Letztere Manipulation ist jedoch mit Schwierigkeiten verknüpft, denn sobald sie mit der Hand die Stuhllehne ergreift, ruft diese Berührung einen Sprung und heftige Zuckungen in den Armen hervor, so dass die Kranke den Sessel dadurch fortstösst. Nicht viel besser geht es ihr, wenn sie sich ohne Hülfe der Hände niedersetzen will; auch hier entstehen durch Berührung mit dem Stuhl heftige Zuckungen in den unteren Extremitäten; die Kranke richtet sich dann plötzlich auf, um wieder auf den Sitz zurückzusinken, wieder aufzufahren und so drei- bis viermal hintereinander. Alle diese Bewegungen sind gänzlich arhythmisch, doch werden sie während der Anfälle immer in gleicher Weise wiederholt. Bemerkenswerth ist ferner, dass, wenn man während der Excitationsperiode Fragen an sie richtet, sie sehr gut zu antworten im Stande ist; nur werden ihre Worte häufig von ganz sinnlosen Worten unterbrochen. Diese Worte durchkreuzen allerdings den Satz nicht ganz regellos, sondern stehen oft an Stelle anderer Redewendungen, als Patientin eigentlich anwenden wollte. Die Kranke weiss, dass diese Ausdrucksweise nicht ihren Gedanken entspricht,

aber sie wiederholt bestimmte Phrasen zwangsweise immer wieder in ihren Reden.

Ausserhalb dieser Anfälle befindet sich Patientin in fast normalem Zustand. Weder schneidet sie Grimassen, noch sieht man krampfhafte Zuckungen in den Extremitäten; kurz die Krankheit ist dann latent.

Im übrigen finden wir keine Sensibilitätsstörungen; keine Anomalien von Seiten der Sinnesorgane; die Intelligenz ist im Wesentlichen intact; fixe Wahnideen im eigentlichen Sinne sind nicht vorhanden, doch ist die Kranke wegen ihres Zustandes hypochondrisch gestimmt und beabsichtigte einmal mittelst Laudanum ein Suicidium zu begeben.

Von Seiten des Tractus alimentarius sind keine Abnormitäten zu erwähnen; nur leidet Patientin an hartnäckiger Obstructio alvi.

Am Herzen zeigen sich heftige Palpitationen bei der geringsten Erregung; organische Herzgeräusche sind bei der Auscultation nicht vorhanden.

Die Untersuchung der Lungen ergiebt das Bestehen von Lungenemphysem, weshalb die Athmung immer etwas erschwert ist.

Die Patellarreflexe sind beiderseits sehr schwach entwickelt, doch gelingt es mittelst Jendrassik'schen Handgriffs sie normal erscheinen zu lassen.

Der Schlaf ist gewöhnlich durch Alpdrücken gestört; er führt immer ein vollkommenes Nachlassen der Muskelzuckungen herbei.

II.

Anamnese: Patient ist der 38jährige Eisenbahnbeamte O. Sein Vater soll an Meningitis gestorben sein, während seine Schwester an Zuckungen der rechten Gesichtshälfte leidet. O. selbst war bis zum Alter von 9 Jahren gesund; dann aber wurde er von Gesichtszuckungen ergriffen, die gleichzeitig mit unwillkürlichen

Bewegungen in den oberen Extremitäten verbunden waren. Letztere waren so stark, dass sie ihn am Schreiben hinderten. Auch kam es damals vor, dass er bisweilen um sich selbst zu drehen sich gedrungen fühlte. Die Affection wurde als Chorea bezeichnet, obwohl sie sicher schon das Anfangsstadium der augenblicklichen Krankheit bildete. Als Entstehungsursache nimmt Patient einen heftigen Schreck an, den er bekam, als er auf der Strasse einen Epileptiker von Krämpfen ergriffen sah.

Dieser geschilderte Zustand blieb nun dauernd bestehen, obwohl im Verlauf der nächsten 10 Jahre wesentliche Besserungen eintraten, so dass er im Alter von etwa 20 Jahren als Beamter bei einer Eisenbahngesellschaft eintreten und schriftliche Arbeiten verrichten konnte. Immerhin bestanden aber auch jetzt noch schwache Muskelzuckungen im Gesicht und geringe unwillkürliche Bewegungen im rechten Arm. Dieser Zustand verschlimmerte sich nun nach einer Reihe von Jahren infolge einer ihm zugefügten Kränkung. Die unwillkürlichen Bewegungen verallgemeinerten sich; sie wurden zunächst in der rechten oberen Extremität heftiger, verbreiteten sich dann auf den linken Arm und dehnten sich schliesslich auch auf die unteren Extremitäten aus, ohne jedoch hier sehr intensiv zu werden.

Status praesens (1885): Wenn der Kranke sitzt und psychisch ruhig ist, so scheint er bei flüchtiger Betrachtung nichts Krankhaftes darzubieten. Untersucht man ihn aber genauer, so sieht man von Zeit zu Zeit Zuckungen im Bereich der beiderseitigen Masseteren, wozu sich ein schwaches Knirschen mit den Zähnen gesellt. Oft aber treten diese Bewegungen stärker hervor und man sieht dann zu gleicher Zeit den Kranken mit dem rechten Auge blinzeln, während sich die ganze rechte Gesichtshälfte krampfhaft verzerrt. Die linke Seite

ist weniger betroffen. Gleichzeitig treten ferner eigenthümliche Zwangsbewegungen an den oberen, weniger an den unteren Extremitäten auf. Patient bringt dabei, indem er beständig Grimassen schneidet, die rechte Hand an die rechte Gesichtshälfte und macht mit derselben eine Reihe sonderbarer Bewegungen, welche den Anschein erwecken, als beabsichtige er, sich die Nase zu reiben oder die Backe zu kratzen oder sich den Schnurrbart zu drehen; auch hustet er wiederholt „Hm, Hm", wobei er sich die Hand vor den Mund hält, wie um zu vermeiden, dass die benachbarten Personen mit Speichel bespritzt würden. Diese Bewegungen sind immer dieselben; er wiederholt dieselben mehrere Male, bis dann Pausen vollständiger Ruhe eintreten. Auch wenn man Fragen an den Patienten stellt, und er zu antworten beginnt, treten derartige Muskelkrämpfe auf; doch sind die Bewegungen weder in ihrer Ausführung, noch in ihrer Reihenfolge rhythmischer Natur, wie wir sie etwa bei der Chorea rhythmica zu sehen gewohnt sind. Lässt man ihn schreiben, so beschreibt er erst mit der rechten Hand eine Anzahl kreisförmiger Bewegungen. Oft knirscht er auch mit den Zähnen, bevor er zu schreiben beginnt, schneidet Grimassen oder taucht erst die Feder zehnmal hintereinander in unregelmässigen Absätzen in das Tintenfass unter beständigem „Hm! Hm!" Willenskraft ist so gut wie gar nicht im Stande, alle diese seltsamen Bewegungen zu unterdrücken.

Ferner zeigt der Kranke in recht reiner Form die Erscheinung der Echolalie. Dieses Phänomen hatte Patient schon vor seiner Aufnahme in's Krankenhaus selbst constatirt. Er nahm nämlich wahr, dass, wenn er sich in seinem Bureau in Gesellschaft mehrerer arbeitenden Collegen befand und jene sich mit einander unterhielten, er den unwiderstehlichen Drang fühlte, mehrere Male ganz laut die letzten Worte ihrer Rede

zu wiederholen. In der Salpêtrière reproducirt er alle in seiner Nähe deutlich gesprochenen Worte; ja selbst seine eigenen Worte und Wortfragmente ahmt er nach, wie er auch andererseits den Drang in sich fühlt, gewisse nicht zu complicirte Bewegungen, die andere Personen ausführen, sofort zu wiederholen.

Der Echolalie gegenüber ist die Coprolalie sehr wenig ausgesprochen, doch stösst der Kranke zuweilen wider seinen Willen obscöne Worte aus.

Sein Geisteszustand ist ganz eigenartiger Natur; er weint leicht, ist zanksüchtig und sehr reizbar; jede Erregung aber ruft leicht die oben erwähnten Zwangsbewegungen hervor.

Hiervon nun abgesehen zeigt er in geistiger Hinsicht noch eine Reihe von Erscheinungen, welche zur Klasse der „fixen Ideen" gehören. So empfindet er oft genug das Bedürfniss, bis zu einer gewissen Zahl zu zählen, ehe er die beabsichtigte Handlung ausführt. Diese sogenannte „Arithmomanie" zeigt sich namentlich Morgens, wenn er aufsteht, wo er mehrere Male hintereinander 1, 2, 3, 4, 5 . . 7 zählt, ehe er den Fuss auf den Boden setzt. Will er andererseits einem beliebigen Gegenstand einen anderen Platz anweisen, so bringt er ihn 5 bis 7 Mal wieder an seinen Ort zurück, bis er ihn dann definitiv hinstellt. In ähnlicher Weise bringt er beim Oeffnen einer Thür 5 bis 7 Mal seine Hand an den Drücker und dreht sich 5 bis 7 Mal um sich selbst, ehe er endlich sein Vorhaben ausführt; zählt er, so sucht er zu vermeiden die Zahl sechs (six) auszusprechen, weil sie ihm speciell unangenehm ist; dasselbe gilt von allen Worten, die den Laut „i" enthalten. Endlich offenbart sich sein sonderbarer Zustand darin, dass er, um an diesen oder jenen Ort zu gelangen, sich immer derselben Treppe bedient; benutzt er ausnahmsweise eine andere, so kehrt er, sobald er es merkt, um, und steigt die obligate Treppe hinauf.

Im Uebrigen zeigt Patient Symptome von Tabes; er leidet seit etwa 6 Jahren an lancinirenden Schmerzen in den unteren Extremitäten; die Patellarreflexe fehlen, während gleichzeitig Incontinentia urinae beobachtet wurde; Ataxie ist nicht vorhanden; die Potenz ist herabgesetzt.

Sensibilitätsstörungen sind nicht zu finden; alle übrigen Functionen sind normal; der Schlaf ist gut und während desselben zeigt der Kranke keine Zwangsbewegungen.

III.

Anamnese: Patient, E. B., ist 21 Jahre alt. Sein Vater leidet an Asthma, während seine Mutter von neuralgischen Schmerzen im Gesicht und den Beinen befallen ist. Zwei leibliche Vettern des Kranken sind wahnsinnig. Er selbst überstand im Alter von 4 oder 5 Jahren Morbillen und Pertussis. Sonst war er bis auf sein jetziges Leiden gesund. Dasselbe begann im 8. Lebensjahr mit unwillkürlichen Zuckungen in den Extremitäten, wobei er Kratzbewegungen an der Schulter, der Brust und anderen Stellen ausführte und bellende Laute ausstiess. Im Alter von 12 Jahren hatte er Gelegenheit, einen Komiker zu sehen, der die verschiedensten Grimassen schnitt. Seit jener Zeit ahmte er letztere nach, obwohl auch schon früher clonische Muskelzuckungen im Gesicht bestanden, ganz besonders aber ein Zwinkern mit den Augen. Hierzu traten einige Zeit später die Bewegungen des Schnurrbartdrehens, ohne dass Patient auch nur ein einziges Barthaar besass. Dieser Zustand blieb dann viele Jahre hindurch bestehen, bis der Kranke in seinem 20. Jahre bemerkte, dass zu den bereits bestehenden Bewegungen die Erscheinungen der Coprolalie traten, indem er ohne Grund plötzlich unanständige Worte ausstiess.

Status praesens (1885): Patient ist von kleiner, schmächtiger Gestalt; die unwillkürlichen Bewegungen,

die ziemlich häufig sich bemerkbar machen, sind sehr verschiedenen Grades. Am auffallendsten sind die Erscheinungen an den unteren Extremitäten. Sitzend oder aufrecht stehend sieht der Kranke, wie seine Beine sich plötzlich auseinanderspreizen, wobei er zu gleicher Zeit mit dem linken Bein auf den Boden stampft, wie wenn er ungeduldig wäre.

Die oberen Extremitäten sind gleichfalls der Sitz von Bewegungen.

Während aber die Beine das Bestreben haben, sich vom Körper zu abduciren, sieht man im Gegentheil an den Armen Adductionsbewegungen. Sie werden dem Körper genähert, wie wenn Jemand vor Frost zittert.

Im Gesicht ist das Blinzeln mit den Lidern am auffälligsten; nur von Zeit zu Zeit treten daneben fratzenhafte Verzerrungen auf. Hier und da stösst Patient auch einen eigenthümlichen Laut aus, der etwa wie „pah“ klingt, ähnlich als wollte er sich über irgend eine Thatsache geringschätzig äussern.

Alle diese Bewegungen sind immer die gleichen und können durch Erregungen hervorgerufen werden; schon unvermuthetes Berühren des Kranken genügt, um im Gesicht und Extremitäten die Krampferscheinungen zum Ausdruck zu bringen.

Die Echolalie ist so gut wie gar nicht vorhanden; dagegen ist die Coprolalie sehr ausgeprägt. Auch zeigt er, wenn auch nur im geringen Maasse, das Phänomen der „manie des nombres“. Steht z. B. eine grosse Anzahl von Gegenständen auf einem Tisch, so hat er die Neigung sie zu zählen und die eine Hälfte rechts, die andere links zu stellen.

Daneben wird noch folgende merkwürdige psychische Alienation beobachtet:

Patient fühlt sich bisweilen veranlasst, nach dem „Warum?“ ganz gewöhnlicher Thatsachen zu suchen.

Sieht er unter Anderem einen Menschen mit einem Spazierstock in der Hand gehen, so fragt er sich, warum er einen Stock hat und wozu er ihm dient. Oder aber: Er geht aus, um Aufträge zu besorgen; dann kommt ihm plötzlich der Gedanke, an irgend einem Orte einen Freund aufzusuchen; darüber vergisst er alles Andere; er denkt nur an diese Idee und ist erst befriedigt, wenn sich sein Wunsch erfüllt hat. Im Uebrigen ist er sehr reizbar und jähzornig.

Sensibilitätsstörungen fehlen; Anomalien von Seiten der Sinnesorgane sind nicht vorhanden; Rheumatismus wurde nie beobachtet; doch ist der systolische Ton an der Herzspitze von einem schwachen Geräusch begleitet. Die Patellarreflexe sind schwach entwickelt.

IV.

Anamnese: Patient, der 24jährige Ballettänzer X, dessen Mutter gesund ist, dessen Vater aber zum mindesten ein Sonderling war, litt im Alter von 2 Jahren an Krämpfen. Im Anschluss hieran sollen sich die ersten Erscheinungen seiner jetzigen Krankheit gezeigt haben. Und zwar traten damals klonische Krämpfe im Gebiet des M. orbicularis oris auf, verbunden mit doppelseitigem Blepharospasmus und unwillkürlichen Zuckungen des linken Sterno-cleidomastoideus, wobei der Kopf krampfhaft nach rechts gedreht wurde. Diese Erscheinungen wurden niemals wieder rückgängig; im Gegentheil verschlimmerte sich sein Zustand bedeutend in Folge einer Aufregung, die er im November 1885 hatte. Die unwillkürlichen Bewegungen verallgemeinerten sich seitdem auf alle Extremitäten und waren von ungewöhnlicher Heftigkeit, während gleichzeitig Coprolalie sich zeigte und gewisse Veränderungen in seinem psychischen Zustande zu Tage traten.

Status praesens (December 1885): Der Kranke zeigt

Zwangsbewegungen an den oberen und unteren Extremitäten; doch sind die Muskelkrämpfe im Gesicht und an den Armen viel mehr als an den Beinen ausgesprochen. Fast jeden Augenblick zeigen sich die Symptome des mimischen Gesichtskrampfes, woran so gut wie alle Muskel betheiligt sind; hiermit verbinden sich die bereits erwähnten Drehungen des Kopfes nach rechts in Folge der Contraction des linken Sterno - cleidomastoideus. Diese Krampfbewegungen sind von unwillkürlichen Spuckbewegungen begleitet, welche fast unablässig andauern, jedoch an Frequenz und Intensität zunehmen, sobald Patient Grimassen schneidet und die Drehungen mit dem Kopfe ausführt.

An den oberen Extremitäten, besonders am rechten Arm, sind die Bewegungen verschiedener Natur. Bald macht der Kranke Abductionsbewegungen, bald zieht er die Schultern nach oben, bald macht er Reibebewegungen am Kinn und an der Wange. Diese Muskelkrämpfe können isolirt auftreten, sind aber weit heftiger, wenn sie zeitlich mit den Verzerrungen des Gesichts zusammenfallen. In diesem Augenblick sieht man dann auch deutlich Zuckungen in den unteren Extremitäten, die man sonst selten allein trifft.

Alle diese Bewegungen können jedoch durch Willenskraft in ziemlich hohem Grade beeinflusst werden, was sich in einer höchst bemerkenswerthen Thatsache zeigt. Patient ist nämlich sehr wohl im Stande als Ballettänzer öffentlich aufzutreten. Während des Tanzes bemerkt man nicht die geringste Zwangsbewegung; er erscheint vollkommen gesund und erst nach Beendigung des Ballets treten die Zuckungen mit unerhörter Heftigkeit auf, ebenso wie alle noch zu schildernden Erscheinungen.

Von diesen ist zunächst hervorzuheben, dass Patient über einen ziemlich reichen coprolalistischen Wortschatz gebietet und oft genug murmelt er bei seinen Bewegungen

eine Reihe unfläthiger Redensarten vor sich hin. Doch kann er auch diese, wenn er will, eine Zeit lang unterdrücken.

Das Phänomen der Echolalie ist nicht vorhanden; dagegen ahmt er in ausgeprägtem Maasse gesehene Bewegungen nach; er reproducirt sie unter Umständen unzählige Male.

Sein psychischer Zustand ist ebenfalls bemerkenswerth; er weint oft, ist reizbar und zänkisch, so dass sich schwer mit ihm umgehen lässt. Ausserdem tritt zuweilen das Gefühl unbegründeter Angst auf, wozu sich eine Reihe der verschiedensten Wahnideen gesellt. Doch ist Patient durchaus zurechnungsfähig und sich sehr wohl der Ungereimtheit seiner Vorstellungen bewusst. Er fragt sich oft, warum er athmet, warum sein Herz schlägt, warum dieses oder jenes Fenster sechs und nicht fünf Scheiben hat. Ferner hat er die Sucht, alle Gegenstände, die ihm unter die Hände kommen, zu verstellen und dann wieder zu ordnen. Endlich leidet er in ausgesprochenem Maasse an Claustrophobie. In Folge dessen wird er von einem Beklemmungsgefühl ergriffen, wenn er in einen geschlossenen Wagen steigen soll. Auch liebt er es nicht, allein in einem Zimmer zu bleiben; in diesem Falle stösst er unwillkürlich laute Schreie aus und das Angstgefühl steigert sich derart, dass er manchmal sich aus dem Fenster zu stürzen beabsichtigt.

Sonst findet sich bei ihm nichts Pathologisches.

Soviel über diese — bisher wie erwähnt — noch nicht referirten Guinon'schen Patienten; wir haben die Thatsachen mit einiger Ausführlichkeit geschildert, weil einerseits auf ihnen ja die Aufstellung unseres in Rede stehenden Krankheitsbildes beruht und weil andererseits

eine Reihe von Erscheinungen, die wir gerade bei jenen Patienten wahrnehmen, für uns, wie wir des Weiteren sehen werden, in differentiell-diagnostischer Hinsicht von hohem Werthe sind. Wenn wir nunmehr die übrigen in der fremdländischen Litteratur erwähnten Fälle hier anschliessen, so müssen wir die Bemerkung vorausschicken, dass über diese nur relativ kurze Berichte veröffentlicht sind.

V.

(Fall von Dana und Wilkin.)

Anamnese: Es handelt sich um einen 12 jährigen Knaben, dessen Eltern gesund sind, dessen eine Schwester aber an Hysterie leidet. Derselbe war stets reizbar und jähzornig, jedoch bis auf drei Krampfanfälle, die er im 1. 2. und 6. Lebensjahre überstand, gesund. Im Alter von 11 Jahren verrenkte sich Patient den Fuss durch Fall und seitdem begann sein augenblickliches Leiden. Der Kranke fing zeitweise an, ohne jede Veranlassung in gemeiner und obscöner Weise zu schimpfen, was er früher niemals gethan hatte. Irgend ein Geräusch oder sonst ein Schreck vermochten einen solchen Anfall auszulösen. Doch schien sich Patient der Bedeutung der Schimpfworte nicht recht bewusst zu sein. Ausser dieser Coprolalie zeigte sich mitunter Echolalie. Auch hatte Patient einen unwiderstehlichen Drang, Aeusserungen über Dinge zu thun, welche er Ursache gehabt hätte, geheim zu halten. Merkte er, dass er sich verrathen hatte, so legte er sich auf's Leugnen.

Status praesens: Anämischer, aber sonst ziemlich kräftiger und gut genährter Knabe; derselbe zeigt anfallsweise krampfhafte Bewegungen im Gesicht und den Extremitäten, welche an Intensität zunehmen, wenn Patient versucht, das Ausstossen von Schimpfreden zu unterdrücken. Auch ist gleichzeitig eine Art von expi-

ratorischem Spasmus bemerkbar. Keine Ataxie, weder sensible noch sensorielle Störungen: alle inneren Organe vollkommen intact. Die Behandlung mit Eisen, Arsen und Bromkali führte wohl geringe Besserung, aber keine Heilung des Zustandes herbei.

VI.

(Fall von Burot.)

Patientin, ein 19jähriges Mädchen, leidet seit 13 Jahren an Krampfanfällen im Gesicht und an den Extremitäten. Die Krankheit begann mit Zuckungen in beiden Gesichtshälften, wozu sich Bewegungen des Kopfes und des Halses gesellten, welche sich seitdem in Anfällen immer in derselben Weise wiederholten. Hierzu kam im Alter von 12 Jahren das Ausstossen unarticulirter Schreie und zwei Jahre später die besondere Vorliebe gewisse obscöne Worte häufig auszusprechen. Eine weitere Eigenthümlichkeit der Kranken bestand darin, dass sie die meisten von ihr percipirten Geräusche gern nachzuahmen pflegte. Sie imitirte die meisten Geräusche, welche sie in Schrecken setzten, wie z. B. das Hundegebell und andere ähnlicher Natur. Sie brachte die Geräusche auch hervor, wenn man sie blos daran erinnerte. Ausserdem hatte sie viele Capricen und allerlei sonderbare Vorstellungen. Auf Befehle gehorcht sie erst, nachdem man ihr längere Zeit klar gemacht, was man will. Es scheint, als ob, so zu sagen, eine höhere Gewalt sie daran hindert, da sonst ihre Intelligenz vollkommen normal ist. Durch zweckmässige Behandlung besserte sich das Leiden; eine Restitutio in integrum trat aber nicht ein. Als Ursache der Krankheit wird mit Wahrscheinlichkeit Imitation angenommen, indem man sich, als Patientin jung war, damit amüsirte, sie Grimassen schneiden zu lassen.

VII.

(Fall von Burot.)

Bei einem jungen Mädchen bestehen seit dem 6. Lebensjahre convulsivische Zuckungen des Gesichts und der Glieder mit unarticulirtem Schreien verbunden; hierzu traten später die Erscheinungen der Coprolalie. In der Familie des Vaters sind mehrere Fälle von Tic convulsif vorgekommen. Alle Behandlungsmethoden waren ohne Erfolg; der Hypnose war die Kranke nicht zugänglich.

VIII.

(Fall von Grasset.)

Die 19jährige Patientin, die neuropathisch nicht belastet ist, war bis zum 13. Jahre im Wesentlichen gesund; zu dieser Zeit litt sie an Tic convulsif, an den sich Parese und weiterhin Spasmen des rechten Beins anschlossen. Im ferneren Verlaufe der Krankheit entwickelten sich eigenthümliche Bewegungsanomalien, verbunden mit dem häufigen Ausstossen eines Schreies. Patientin machte Grussbewegungen, indem sie das Kinn auf die Brust neigte, oder aber sie warf den Kopf zurück und zog die Schultern in die Höhe. Psychische Stigmata waren nicht vorhanden; ebenso findet sich kein einziges hysterisches Stigma.

Dies wären die Krankengeschichten über „Maladie des Tics“, die wir in den Fachschriften gefunden haben. Es erübrigt uns, nunmehr auf diejenigen Patienten näher einzugehen, welche bei Herrn Professor Mendel zur Beobachtung kamen.

IX.

Anamnese: Die 25jährige E. T. stammt aus einer weder neuropathisch noch psychopathisch belasteten Familie. Sie überstand in ihrer frühesten Kindheit die

Morbillen, war aber im übrigen, abgesehen von ihrem jetzigen Leiden, gesund. Mit dem 15. Lebensjahre wurde sie menstruirt; die Menses traten zuerst regelmässig, später unregelmässig auf, doch war der Blutverlust stets ein geringer. Ihre augenblickliche Krankheit begann im Alter von 9 Jahren. Patientin, die ein sehr ausgelassenes Mädchen war, gefiel sich darin Lehrer und auch Mitschülerinnen, die ihr Gesicht oft verzogen, zu copiren und will seitdem selbst unwillkürliche Zuckungen im Gesicht acquirirt haben. Zu diesem anfallsweise auftretenden Grimassenschneiden gesellten sich bald eigenthümliche Schleuderbewegungen der oberen Extremitäten hinzu, die seitdem bestehen blieben. Da die Eltern der Patientin glaubten, dass alle diese Erscheinungen nur die Folge einer schlechten Angewohnheit seien, so wurde die Kranke einer strengen häuslichen Erziehung unterworfen. Allein alle Bemühungen waren vergeblich; der Zustand der Kranken blieb unverändert. Deshalb wurde sie mit dem 14. Lebensjahre auf eine höhere Schule gebracht. Jetzt aber verschlimmerte sich das Leiden bedeutend; die Zwangsbewegungen an den oberen Extremitäten wurden so heftig, dass Patientin am Schreiben gestört wurde und oft genug ihre schriftlichen Arbeiten, die natürlich nicht zur Zufriedenheit ihrer Lehrer ausfielen, wiederholen musste. Hatte man schon vorher durch Gymnastik auf das Leiden einzuwirken gesucht, so wurde jetzt Elektricität angewandt. Doch waren die Hoffnungen, welche sich an diese Behandlungsmethoden knüpften, nicht nur illusorisch, sondern das Leiden verschlimmerte sich sogar von Jahr zu Jahr. Im 16. Lebensjahr zeigte sich zum ersten Male die Echolalie; gleichzeitig stiess Patientin häufig laute Schreie aus. Diese combinirten sich mit den von Zeit zu Zeit auftretenden Zwangsbewegungen. Auch der Geisteszustand war seit jener Zeit bei der Patientin von eigener Natur; es traten

Anomalien ihrer Willensäusserung zu Tage; sie wurde von ausgesprochener Zerstörungswuth ergriffen und zertrümmerte Gläser, Fensterscheiben und alles, was ihr unter die Hände kam. Die Anwendung eiskalter Bäder und die Verabreichung von Kalium bromatum war nur geeignet das Leiden an Intensität und Extensität zunehmen zu lassen. Dagegen trat eine Besserung ein, als Patientin einen Luftkurort am Harz aufsuchte und hier ein Jahr lang nach Gefallen leben konnte. Leider verschlimmerte sich der Zustand von Neuem, als ihr der Vater durch den Tod entrissen wurde, und alle Bemühungen der Aerzte das Leiden durch Sedativa und Antispasmodica, verbunden mit dem Aufenthalt in einem Nordseebade, zu mildern, scheiterten. Dagegen schien Landaufenthalt im Verein mit strenger Arbeit auf dem Lande die Heftigkeit des Leidens zu beeinflussen, weshalb sie mehrere Tage hindurch in Landstellungen verblieb. Da aber trotzdem Heilung nicht eintrat, so kam Patientin im Winter 1889 nach Berlin, suchte hier im December zunächst die Poliklinik des Herrn Mendel auf und liess sich am 2. Januar 1890 in dessen Privatklinik aufnehmen.

Status praesens: Die Krankheit der etwas anämischen Patientin äussert sich hauptsächlich in einzelnen Anfällen. In den Zeiten der Ruhe bietet die Kranke nichts bemerkenswerthes. Beobachtet man sie jedoch längere Zeit, so sieht man plötzlich wie bei der Patientin ziemlich complicirte Gesichtszuckungen auftreten. Der Krampf betrifft bald die oberen, bald die unteren Facialisgruppen und ist bald einseitig, bald, was von Wichtigkeit ist, doppelseitig. Mit diesen Verzerrungen im Gesicht verbinden sich sonderbare Zwangsbewegungen in den Extremitäten, wobei zu gleicher Zeit der Kopf in den Nacken geworfen wird oder Schüttelbewegungen mit dem Kopfe ausgeführt werden. Bisweilen stösst dabei die Kranke

einen klarinettenähnlichen Schrei aus oder es kommt zu einer hörbaren Expiration durch die Nase oder durch den Mund unter der Aussprache eines F. Patientin ahmt ferner gewisse thierische Laute nach, wie das Bellen der Hunde. Erregungen steigern die Häufigkeit der Anfälle, während die Willenskraft keinen Einfluss auszuüben im Stande ist. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden; keine Ovarialgie. Das Hörvermögen ist beiderseits etwas herabgesetzt, sonst sind aber keine Störungen von Seiten der Sinnesorgane zu finden. Die Percussion des Schädels ist nicht schmerzhaft, weder trophische noch rasomotorische Störungen; dagegen neigt die Haut etwas zur Transpiration. Der Ernährungszustand der Muskeln ist durchaus gut; die Reflexe zeigen nichts von der Norm abweichendes; alle inneren Organe sind gesund; im Harn findet sich weder Eiweiss noch Zucker.

Ordination: Isolirung der Patientin, Bettruhe, tägliche subcutane Injection von Sol. Fowleri 0,1 und Verabreichung von tr. Gelsem., dreimal täglich 2 Tropfen mit allmählich steigender Dosis.

5. I. 90. Die einzelnen Anfälle wiederholen sich häufig, so dass Patientin erst um 2 Uhr Nachts einschläft; im Schlafe hören die Bewegungen auf.

8. I. Unter beständiger Bettruhe bessern sich die Erscheinungen; tr. Gelsem. dreimal täglich 6 Tropfen.

13. I. Infolge verschiedener Aufregungen hat sich der Zustand wieder verschlimmert; die Bewegungen sind stärker geworden; das Bellen und Schreien ist häufiger wie an den vorhergehenden Tagen. Injection von 0,15 Sol. Fowleri.

20. I. Die Bewegungen haben nachgelassen; Arsen und tr. Gelsem. werden weiter in steigender Dosis gegeben.

31. I. Die Besserung scheint eine nachhaltige zu sein; Patientin verlässt das Bett und ist auch beim Um-

hergehen von besonders heftigen Bewegungen frei. Sol. Fowleri 0,2; tr. Gelsem. dreimal 15 Tropfen.

4. II. Patientin verlässt die Klinik und wird weiter poliklinisch behandelt.

Mitte Februar ungefähr scheidet sie gebessert, doch nicht vollkommen geheilt, aus der Behandlung.

X.

Anamnese: Patient ist der 10jährige Sohn eines Kunstgärtners. Derselbe ist nach keiner Richtung hin hereditär belastet; seine Eltern und Geschwister sind vollkommen gesund. Er selbst war zwar in den ersten Jahren stets kränklich, doch handelte es sich niemals bei seinen Erkrankungen um eine Nervenaffection. Sein gegenwärtiges Leiden begann mit dem 4. Lebensjahr. Schon damals bemerkten die Eltern, dass er zeitweise mit den Augen zwinkerte und das Gesicht verzerrte. Doch legten sie diesem Gesichtskrampf wenig Bedeutung bei, da sie alles auf Angewohnheit schoben. Im August 1890 fiel Patient heftig mit dem Gesicht auf das Strassenpflaster; er war in den ersten Augenblicken bewusstlos, erholte sich aber dann und hatte weiter keinen Schaden genommen. Drei Tage später aber erkrankte er heftig an Diphtherie; in der Reconvalescenz begriffen, verschlimmerten sich plötzlich nicht allein die Erscheinungen seines Prosospasmus, indem die Gesichtszuckungen heftiger wurden, sondern die Krankheit nahm auch gleichzeitig an Extensität zu. Arme und Beine wurden von ihr ergriffen, und die Zuckungen an den Extremitäten waren so heftig, dass Patient oft am ganzen Körper zusammenfuhr. Dreiwöchentlicher Aufenthalt in einem Luftkurort liessen zwar die Erscheinungen etwas zurückgehen, führten aber keineswegs den Status quo ante herbei. Ja, die ganze Affection zeigte sehr bald wieder die frühere Intensität, als Patient nun begann die Schule zu besuchen,

in welcher er bisher immer sehr gute Fortschritte gemacht hatte. Aerztlicherseits versuchte man durch Arsen das Leiden zu mildern, doch blieb einerseits sowohl jeder Erfolg aus, als auch andererseits sich seit Neujahr 1891 zu den bisherigen Erscheinungen noch ein lautes häufiges Aufschreien hinzugesellte. Der Schrei is ein kurzer expiratorischer, der sich seitdem sehr oft wiederholt haben soll. Im Schlaf war er nicht vorhanden; ebensowenig liessen sich dann die Bewegungen constatiren. Da die Krankheit sich nicht besserte und seit 8 Tagen sich noch Otorrhoe auf beiden Ohren eingestellt hatte, so brachten die Eltern den Patienten am 17. Januar 1891 in die Mendel'sche Klinik.

Status praesens: Der Kranke ist ein kleiner, dürftig genährter Knabe, von gering entwickelter Musculatur und bleicher Gesichtsfarbe. Sein Körpergewicht ist auffallend gering und beträgt nur $23^1/_2$ Kilo. Die Kraft der oberen und unteren Extremitäten ist entsprechend der Entwicklung seiner Musculatur normal. Letztere zeigt keine auffälligen partiellen Atrophien; sie ist nur im Allgemeinen schwach entwickelt. Die Füsse befinden sich in Equino-Varusstellung.

Die Intelligenz des Patienten ist vollkommen intact; er ist sogar mehr als durchschnittlich begabt. Er antwortet uns auf alle Fragen, die wir zur Erhebung der Anamnese an ihn stellen, in präciser Weise.

Während wir ihn beobachten, wobei er im Bette die active Rückenlage einnimmt, scheint er zunächst nichts Krankhaftes darzubieten. Erst nach längerer Zeit tritt plötzlich ein heftiger Krampfanfall ein. Patient beginnt dann die Stirn zu runzeln, mit den Augen zu zwinkern, mit der Nase zu schnüffeln, die Lippen zu verziehen, endlich das ganze Gesicht zu verzerren und oft genug auch die Zunge herauszustrecken. Diese Reizerscheinungen sind ebenso an Häufigkeit variabel,

als sie mannigfaltig in der Form sind. Mit denselben verbindet sich das bereits oben erwähnte Aufschreien, welches so laut ist, dass man es durch mehrere Zimmer hindurch hören kann; nicht selten folgt dabei dem ersten Schrei ein zweiter und dritter.

Auch die Extremitäten werden zu derselben Zeit von äusserst heftigen Zuckungen ergriffen, wobei Patient die Arme in die Luft schleudert und sie dem Gesicht zu nähern sucht. Nicht minder stark sind die Zwangsbewegungen, die wir ihn an den unteren Extremitäten ausführen sehen. Hier beugt der Knabe schnell die Beine im Kniegelenk, nähert die Oberschenkel dem Abdomen und streckt sie dann wieder mit bedeutender Vehemenz. Die ganze Bewegung erinnert dabei an diejenige, welche wir beim Schwimmen ausführen, wenn wir den Wasserkeil zwischen den Beinen fortstossen wollen. Endlich ist auch die Rumpfmusculatur von dem Krampf ergriffen; in demselben Augenblick nämlich, wo Patient die unteren Extremitäten wieder streckt, wird der Rumpf ruckweise hinten über gebeugt, so dass der Körper eine dem Opisthotonus wenigstens ähnliche Stellung einnimmt. Diese ganze Reihe von Bewegungen, in Verbindung mit dem lauten Aufschreien, sehen wir in einem Moment sich vor uns abspielen; dann ist der Patient vollkommen ruhig, als ob nichts vorgefallen ist. Nach längerer oder kürzerer Zeit wiederholt sich derselbe Anfall, wobei der Kranke immer wieder dieselben Bewegungen ausführt. Nur hin und wieder sieht man wohl auch in der Ruhepause, wie der Patient die Stirne runzelt und den Mund öffnet, als wollte er gähnen. Die Zahl der einzelnen Krampfanfälle während des Tages ist sehr verschieden, doch ist sicher, dass dieselben durch Gemüthsbewegungen gesteigert werden. Bald konnten 60 Anfälle während des ganzen Tages von der Wärterin gezählt werden, bald traten sie an einem der nächsten

Tage im Verlauf weniger Stunden häufiger ein, so dass Patient in Folge des oftmaligen Aufschreiens heiser wurde.

Intendirte Bewegungen hatten auf die Anfälle keinen Einfluss. Forderte man den Patienten auf nach irgend einem Gegenstande zu greifen, und wurde er zufällig dabei von einem Anfall überrascht, so erreichte er nichtsdestoweniger ohne Weiteres sein Ziel und hielt den Gegenstand fest, ohne ihn fallen zu lassen.

Im Übrigen zeigen sich in der motorischen Sphäre keine Störungen; die Pupillen reagiren prompt; die Augen-, Zungen- und Gaumenbewegungen ergeben keine Anomalien; die Sensibilität erweist sich überall und in allen Qualitäten normal; insbesondere lässt sich keine Anästhesie constatiren; auch Nervendruckpunkte fehlen, ebenso wie sich der Druck auf die Fossae iliacae als nicht schmerzhaft zeigt. Die Patellarreflexe sind gesteigert, während die übrigen Reflexe nichts abweichendes erkennen lassen. Die inneren Organe sind intact. Der Puls ist regelmässig. Die Zahl der Schläge beträgt 72 in der Minute; der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker; der Schlaf ist gut, während desselben sistiren alle Krampfbewegungen.

Ordination: Reichliche Ernährung bei Bettruhe, zweimal täglich hydropathische Einwicklungen und Aq. foetid. dreimal täglich 10 Tropfen.

Eine Besserung während des Aufenthalts in der Klinik wurde nicht erreicht.

XI.

Anamnese: Der 24 jährige Patient ist der unverheirathete Kaufmann S. Sein Vater war Epileptiker und starb an den Folgen eines Carcinoms; seine Mutter lebt, leidet aber an hochgradiger Nervosität. S. selbst litt in seiner Jugend häufig an Diarrhoeen, sonst will er gesund

gewesen sein. Im Alter von 18 Jahren erkrankte er mit Kriebeln und Prickeln am ganzen Körper, verbunden mit dem Gefühl aufsteigender Hitze. Gleichzeitig hatte Patient viel von reissenden und ziehenden Schmerzen in den Extremitäten zu leiden, die oft so heftig waren, dass er laut aufschreien musste. Ganz besonders schmerzhaft waren aber die sich hin und wieder einstellenden Wadenkrämpfe, zu denen später Mogigraphie hinzukam. Auch hierbei fehlte eine lästige Schmerzempfindung nicht. Ferner hatte S. nicht selten über einen unangenehmen Kopfdruck zu klagen, welcher bisweilen von dem Gefühle eines von unten her nach dem Schlunde aufsteigenden Körpers begleitet wurde. Eigentliche Paroxysmen sollen nicht vorhanden gewesen sein; doch giebt Patient an, dass er einmal im Sprechzimmer seines Arztes einen sonderbaren Anfall gehabt habe, wobei er unfähig war zu gehen und sein ganzer Körper eine statuenförmige Stellung einnahm. Alle diese Erscheinungen dauerten aber nur eine Reihe von Monaten, um dann für immer zu verschwinden. Patient blieb nun bis zum Januar 1890 gesund, zu welcher Zeit er von der Influenza ergriffen wurde. Seitdem datirt sein jetziges Leiden, gegen welches er, da alle Kuren ohne Erfolg waren, im Beginn des Jahres 1891 die Hülfe der Poliklinik des Herrn Mendel in Anspruch nahm.

Status praesens: Der Kranke ist ein mittelgrosser anämischer Mann, von schwach entwickelter Musculatur und mässig starkem Knochenbau. Sein Geisteszustand ist vollkommen normal; er beantwortet alle unsere Fragen in durchaus correcter Weise; seine inneren Organe sind gesund; keine Temperaturerhöhung, keine Anomalien in der Qualität des Pulses. Dagegen zeigt er anfallsweise einen eigenthümlichen Symptomencomplex.

Scheinbar ohne Veranlassung runzelt er plötzlich die Stirn und zeigt die verschiedensten Verzerrungen im

Gebiete der beiderseitigen Nervi faciales, wobei er gleichzeitig eine Reihe thierischer Laute nachahmt. Bald handelt es sich um das Bellen von Hunden, bald klingt es wie das Meckern von Ziegen, bald sind es sonderbare Geräusche, die an das Grunzen von Schweinen denken lassen. Daneben zieht er die Schultern in die Höhe und dreht den Kopf nach rechts, als ob er ein lästiges Gefühl, welches er im Nacken hat, beseitigen möchte. Im übrigen sieht man an den oberen und unteren Extremitäten nur geringe Bewegungen. Derartige Anfälle, wobei Patient manchmal den Rumpf etwas nach rechts beugt, sieht man sich alle 10 Minuten etwa wiederholen; unter Umständen sollen aber nach der eigenen Angabe des S. auch mehrere Stunden währende Pausen zwischen den einzelnen Attacken liegen. In allen diesen Zwischenzeiten zeigt der Kranke keine Störungen. Intendirte Bewegungen beeinflussen die Anfälle nicht, dagegen führen Erregungen eine Häufung derselben herbei. Im Schlafe treten sie nicht ein. Sonst findet sich nichts Abnormes; keine Sensibilitätsstörungen; speciell ist keine Anästhesie der Haut vorhanden, weder partiell, noch in Form der Hemianästhesie; keine Hyp- oder Anakusia, keine Hyposmia und Ageusia, insbesondere keine concentrische Gesichtsfeldeinengung; kein Schmerz bei Druck auf die Fossae iliacae; weder Globus noch Clavus; keine Paroxysmen.

Verordnung: Elektricität und tr. Gelsem. dreimal täglich 6 Tropfen.

Patient befindet sich zur Zeit noch in Behandlung, ohne dass sich bis jetzt sein Zustand verändert hat.

Wenn wir nunmehr die citirten Fälle einer vergleichenden Betrachtung unterwerfen, so werden wir sehen, dass, wenngleich im Grossen und Ganzen die Erscheinungen einander recht ähnlich sind, doch im Einzelnen sich sehr viel abweichende Thatsachen constatiren lassen. Zwar finden wir in allen Fällen unwillkürliche Bewegungen, doch verhalten sich diese bei den 11 Patienten hinsichtlich ihrer Intensität und Extensität sehr verschieden. Bald finden wir neben dem Grimassenschneiden nur noch besonders die oberen Extremitäten ergiffen (Fall II), bald sind gleichzeitig auch die Beine der Sitz sehr starker Bewegungen (Fall X), bald sind es gerade die unteren Extremitäten, die vorwiegend betroffen sind. Hierher gehört Fall I, wo es ebenso wie in den Fällen von Gilles de la Tourette zu Sprungbewegungen kommt. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich eine Reihe von Krampfbewegungen, die den Respirationstractus betreffen. In einigen Fällen handelt es sich um das Ausstossen von unarticulirten Lauten oder Schreien, welch letztere entweder als einziges Symptom neben den Bewegungen vorkommen (Fälle VIII und X) oder mit Echolalie oder Coprolalie combinirt sind.

Die Echolalie finden wir am reinsten ausgesprochen im 2. Berichte; im Ganzen zeigt sie sich bei 5 Patienten (I, II, III, V und IX); davon ist sie in 4 Fällen mit Coprolalie verbunden (I, II, III, V), während sich bei drei Patienten (IV, VI, VII) Coprolalie ohne Echolalie findet. Sodann zeigen in drei Berichten (VI, IX, XI) die Patienten die Neigung, thierische Laute nachzuahmen; bei Fall XI ist dies das einzige Phänomen, soweit die Stimme gebenden Organe in Betracht kommen. Neben diesem Symptomencomplex finden wir weiterhin in einem Falle (VIII) eine Parese erwähnt, welche wie Grasset meint, bisher bei der Maladie des Tics noch nicht beschrieben worden ist, während wir selbst auf die Con-

tractur in dem Falle X (pes equinovarus) aufmerksam machen wollen. Auch ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass in den Fällen II und besonders IV die Patienten einen unwiderstehlichen Drang zeigen, mehr oder weniger complicirte Bewegungen nachzuahmen, eine Erscheinung, welche nach Charcot als Echokinesie bezeichnet wird.

Endlich wäre noch die Berücksichtigung des Geisteszustandes von Bedeutung. Derselbe erscheint ausserordentlich verschieden. Während in 4 Fällen (VII, VIII, X, XI) psychische Stigmata überhaupt nicht vorhanden sind, sehen wir wiederum in anderen Fällen hypochondrische Verstimmung (Fall I), Neigung zum Jähzorn (Fall V), Zerstörungswuth (Fall IX) und schliesslich fixe Wahnideen (Fälle II, III, IV) sich einstellen.

Auf Grund dieser Betrachtung könnten wir nun die von uns citirten Fälle in mehrere Gruppen theilen. Die erste würde die leichteren Grade der Krankheit umfassen, wo neben den unwillkürlichen Bewegungen sich nur das Ausstossen unarticulirter Schreie oder die Nachahmung von thierischen Lauten vorfindet; zu den schwereren Formen würden dann diejenigen Fälle gehören, wo die Affection mit Echolalie und Coprolalie auftritt, während in den schlimmsten Graden der Erkrankung Echolalie, Coprolalie, Echokinesie und fixe Wahnideen vereint in die Erscheinung treten.

Andererseits kann es natürlich auch vorkommen, dass sich die Krankheit nur durch ein einzelnes Symptom bemerkbar macht. So thut Féré eines Patienten Erwähnung, der von Zeit zu Zeit zwangsweise den Namen „Maria“ hervorstiess, ohne dass sonst unwillkürliche Bewegungen vorhanden waren; ein derartiger Fall ist natürlich nur als Abortivfall aufzufassen, eine Erscheinung, von welcher wir ja auch sonst bei anderen Krankheiten in genügender Weise Analoga finden. Bei Féré also handelte es sich nur um eine Onomatomanie,

während in unseren Fällen die Zwangshandlungen respective fixen Ideen sehr verschieden, aber doch höchst charakteristisch sind. Wir werden hier nur in erster Linie die Arithmomanie und die Claustrophobie erwähnen; ferner wollen wir hinweisen auf die „folie du pourquoi", wobei, wie wir es geschildert haben, die Patienten den unwiderstehlichen Drang fühlen, sich nach dem „Warum?" ganz bedeutungsloser Dinge zu fragen; endlich rufen wir in Erinnerung die „folie du doute" mit dem „délire du toucher".

Ebenso eigenthümlich aber, wie uns diese psychischen Stigmata erscheinen, sind nun auch die unwillkürlichen Bewegungen. Gilles de la Tourette bezeichnet dieselben in seinen Berichten als „incoordination motrice". Doch glauben wir mit Guinon, dass diese Bezeichnung nicht nur nicht gut gewählt ist, sondern sogar eine directe Unrichtigkeit involvirt. Denn motorische Incoordination ist gleichbedeutend mit Ataxie. Der Tabiker also zeigt uncoordinirte Bewegungen; er ist es, welcher seine Beine nach rechts oder links wirft und mit ihnen in einander geräth, ohne das Ziel, welches er sucht, zu erreichen; in unseren Fällen aber handelt es sich um ganz andere Bewegungen; hier sehen wir, dass dieselben immer die gleichen bleiben; die Kratzbewegungen, die Bewegungen des Schnurrbartdrehens, die Schüttelbewegungen des Kopfes (Fall IX) und viele andere sind nicht nur nicht uncoordinirt, sondern nicht einmal unlogisch. Mit Recht könnte man sie coordinirt, oder noch besser nach Charcot als systematisch bezeichnen. Systematische Bewegungen sind es also, welche für „Maladie des Tics" charakteristisch sind. Fast alle die unwillkürlichen Bewegungen, die wir in den von uns citirten Fällen finden, sind Reproductionen sonst coordinirter, willkürlicher Bewegungen aus dem gewöhnlichen Leben; nur haben sie die Besonderheit, dass sie

ohne Grund und zur Unzeit ungewöhnlich häufig wiederholt werden. Sie alle resultiren natürlich niemals aus der Contraction eines einzelnen Muskels, wie ja auch andererseits die Ausstossung eines Schreies oder thierischen Lautes nur aus der gleichzeitigen Action einer gewissen Anzahl von Muskelgruppen, welche den zur Phonation dienenden Organen angehören, denkbar ist. In beiden Fällen handelt es sich also um wirkliche „Tics". Als Ursache aber aller unser Krankheitsbild constituirenden Erscheinungen nimmt Guinon eine sich geltend machende Unfähigkeit des Willens an, auf gewisse in krankhaft gesteigerter Häufigkeit die Hirnrinde treffende Reize hemmend einzuwirken, sei es nun, dass der Effect dieser Reize die Nachahmungen von Bewegungen und Worten Anderer zur Folge hat oder dass der immer von Neuem auftretende Reiz das Entstehen von Zwangshandlungen bewirkt hat. Mit anderen Worten also: Die cerebrale Reflexthätigkeit ist bei unseren Patienten gesteigert, während ihre Willenskraft geschwächt ist.

Eine wichtige Frage nun, die wir jetzt ventiliren wollen, ist die, ob wir überhaupt berechtigt sind, diese Maladie des Tics convulsifs als eine besondere Krankheit hinzustellen oder ob wir sie unter irgend eine andere Affection rubriciren müssen.

Wir gehen zunächst aus von dem gewöhnlichen Tic convulsif.

Dass dieser zur Charcot-Guinon'schen Krankheit gewisse Beziehungen hat, scheint daraus hervorzugehen, dass wir bei allen Patienten neben den Bewegungen der Extremitäten gleichzeitig auch einen Prosospasmus finden. Ja, wir können sogar behaupten, dass ein mimischer Gesichtskrampf nicht selten die ganze Scene eröffnet und Jahre lang, wie in unserem Falle X, das einzige Symptom der Erkrankung bilden kann. Man hat

deshalb gesagt, dass der vulgäre Tic de la face die erste Periode oder doch wenigstens den ersten Intensitätsgrad der Maladie des Tics darstelle. Allein wir glauben, dass man mit dieser Behauptung vorsichtig sein müsse, da sich bereits der typische Tic convulsif in einigen nicht unwesentlichen Punkten von dem Grimassenschneiden unserer Patienten unterscheidet. Einmal nämlich tritt der klassische Facialiskrampf so gut wie immer einseitig auf, während in unseren Fällen doppelseitige Gesichtszuckungen vorhanden sind, eine Thatsache, die in 2 Fällen (VI und IX) ganz besonders hervorgehoben wird. Hierzu kommt, dass bei der Maladie des Tics auch die Kaumuskeln, wie z. B. die Masseteren (Fall II) vom Krampf ergriffen werden können, so dass also nicht nur der Facialis, sondern auch der motorische Trigeminus an der Erkrankung Theil nimmt. Endlich müssen wir darauf hinweisen, dass beim gewöhnlichen Tic convulsif das Vorhandensein von sehr empfindlichen Druckpunkten, die meist ein Aufhören, sehr viel seltener ein Auftreten oder eine Verstärkung von Krampfanfällen veranlassen, eine wichtige Rolle spielt, während sich in den citirten Fällen niemals derartige Punkte haben auffinden lassen. Bietet also schon nach diesen verschiedenen Richtungen hin der Prosospasmus unserer Patienten eine Verschiedenheit von dem eigentlichen Tic convulsif, so ist es natürlich eine Unmöglichkeit, letzteren mit der vollständig entwickelten Maladie des Tics zu identificiren, denn von jeher hat als das Gebiet des Tic convulsif ausschliesslich das Gesicht figurirt, so dass also auch Echolalie oder Coprolalie niemals beim Facialiskrampf vorhanden sein können.

Man hat dann weiterhin den Tic convulsif einerseits in nahe Beziehung zum Paramyoclonus multiplex gebracht, als auch andererseits wieder diesen Paramyo-

clonus mit der Maladie des Tics zu einer Krankheitsform vereinigen wollen. Wir sind jedoch mit Marie, Bechterew und Anderen der Ansicht, dass die Myoclonie und die Charcot-Guinon'sche Krankheit durchaus nicht identisch sind und glauben auch für diese Behauptung genügende Anhaltspunkte gefunden zu haben.

Friedreich beschrieb bekanntlich im Jahre 1881 als Paramyoclonus eine Krankheitsform, welche sich in clonischen Krämpfen der oberen und unteren Extremitäten äussern sollte. Darnach würde also das Gesicht von dem Leiden verschont bleiben, während wir doch bei der Maladie des Tics die Gesichtsmuskeln stets betroffen finden. Allein dieser Unterschied ist heute kein durchgreifender mehr, da z. B. von Seeligmüller, Silvestrini und Bechterew Fälle beschrieben worden sind, wo neben den Extremitäten auch die Gesichtsmuskeln ergriffen waren. Dagegen ist zu betonen, dass beim Paramyoclonus im Gegensatz zur Maladie des Tics eine symmetrische Ausbreitung der Krämpfe beobachtet wird; dass ferner mit Vorliebe ganz bestimmte Muskeln der oberen und unteren Extremität bei jener Krankheitsform ergriffen werden, während diese Erscheinung bei der Maladie des Tics niemals hervorgetreten ist. Zum Unterschied ferner von der Charcot-Guinon'schen Affection lässt sich die Thatsache verwerthen, dass die Krämpfe beim Paramyoclonus durch die Körperlage beeinflusst werden. So wirkte die Rückenlage verschlimmernd in den Fällen von Marie und Bechterew, während bei dem Kranken von Homén das Aufrechtsitzen so heftige Zuckungen hervorrief, dass derselbe wieder in die Rückenlage zurückgeworfen wurde. Eine derartige Abhängigkeit der unwillkürlichen Bewegungen von der Stellung des Körpers kommt aber ebensowenig bei der Maladie des Tics vor, als sie auch weiterhin durch äussere Reize nicht beeinflusst wird. Während bei un-

seren Patienten die Kälte oder das Klopfen auf die subcutanen Sehnen keine Muskelkrämpfe hervorruft, verhält sich die Myoclonie hierzu anders. Bei ihr entstehen gerade durch derartige Reize die Krämpfe oder werden wenigstens gesteigert und nur in wenigen Fällen konnten sie dadurch zum Stillstand gebracht werden. Hierzu kommt, dass bei den an Myoclonie Erkrankten bis jetzt keinerlei psychische Alienation beobachtet ist, während wir bei der Maladie des Tics wenigstens in einer Reihe von Fällen diese sehr ausgesprochen finden. Auch scheinen Krämpfe im Respirationstractus nicht beobachtet worden zu sein, wie wir auch von Echolalie, Coprolalie und Echokinesie beim Paramyoclonus nichts erwähnt finden. Endlich ist von Wichtigkeit auf den incoordinirten, incohärenten Charakter der paramyoclonischen Bewegungen aufmerksam zu machen, welche im Gegensatz hierzu bei der Maladie des Tics als systematische zu bezeichnen waren. Als fundamental muss dieser Unterschied schon deshalb bezeichnet werden, weil er mit grosser Sicherheit auf einen verschiedenen Sitz der beiden Affectionen hinweist. Er verweist die Maladie des Tics, wie oben erörtert, in irgend welche Theile des Gehirns, den Friedreich'schen Paramyoclonus dagegen in das Rückenmark.

Sehen wir nun von der Myoclonie ab, so käme weiter die Chorea in differentiell-diagnostischer Beziehung in Betracht und zwar um so mehr, als auch ihr ebenso wie der Maladie des Tics ein Ursprung in höheren Centren zukommen dürfte. Allein von der typischen Chorea minor unterscheidet sich unsere Affection schon durch den Verlauf. Dauert doch die Sydenham'sche Chorea nach See's Angaben durchschnittlich nur 69 Tage, was auch mit Stephan Mackenzie's Angabe nach Zusammenstellung der englischen Sammelforschung übereinstimmt. Nach A. Baginsky's Beobachtungen da-

gegen schwankt die Dauer zwischen 58 und 97 Tagen. In unseren Fällen aber zieht sich die Krankheit über Jahre, selbst Jahrzehnte hin; so finden wir bei Fall II bereits eine Krankheitsdauer von 29 Jahren, während die Fälle V und XI die unterste Grenze darstellen; aber auch hier währt die Affection schon ein Jahr lang, ohne dass eine Heilung eingetreten wäre.

Doch ist es nicht allein der Verlauf des Leidens, welcher beide Affectionen scharf von einander trennt, sondern auch der Charakter der unwillkührlichen Bewegungen. Bei der Chorea minor kommt es bekanntlich zu einem tollen, capriciös phantastischen, verwirrenden und erschreckenden Muskelspiel, welchem man den Namen Folie musculaire oder Insanity of muscles mit Recht vindicirt hat; noch zutreffender wäre vielleicht nach Eulenburg der Ausdruck der Muskelanarchie: denn es scheint als ob die Gliedmaassen planlos hin und herschleuderten. Bei der Maladie des Tics dagegen handelt es sich um Bewegungen, welche im Wesentlichen nur in Anfällen auftreten und dann immer einen systematischen Charakter tragen. Hierzu kommt, dass gerade bei der Chorea die gewollten Bewegungen in auffälliger Weise durch die unwillkührlichen gestört und in ihrer Ausführung beeinflusst werden, während bei der Maladie des Tics diese Erscheinung nicht zu Tage tritt.

Ungleich schwieriger nun als zwischen der Sydenham'schen Chorea und unserer Affection ist die differentielle Diagnose zwischen der letzteren und der Huntington'schen Chorea beziehungsweise der Chorea chronica zu stellen. Halten wir uns zunächst an die von Huntington gegebene Schilderung, so spricht dieser Autor von ganzen Choreafamilien in Long-Island, in welchen sich die Krankheit von Generation zu Generation fortcrben soll; bei der Maladie des Tics dagegen spielt

zwar die neuropathische oder psychopatische Anlage eine nicht zu unterschätzende Rolle, immerhin aber kann als eine Familienkrankheit die Charcot-Guinon'sche Affection nicht bezeichnet werden. Ferner sollte nach Huntington das Leiden nie in der Jugend beginnen, sondern zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre; bei der Maladie des Tics dagegen ist es gerade das erste Decennium oder der Beginn des zweiten, bis auf welches sich die Krankheit zurückverfolgen lässt; nur bei Fall XI. handelt es sich um einen Patienten, der erst im 23. Lebensjahre von der Affection ergriffen wurde, ein Alter, das jedoch noch bei weitem nicht die von Huntington gesetzte Grenze erreicht. Endlich soll die Huntington'sche Chorea allmählich zum Tode führen; die Maladie des Tics dagegen thut dies niemals; sie giebt quoad vitam eine durchaus gute Prognose. Diese Huntington'sche Chorea aber hat man nun in neuerer Zeit nicht als eine Krankheitsform für sich, sondern nur als eine Abart der Chorea chronica progressiva aufgefasst. Will man dies gelten lassen, so darf man mit Berücksichtigung der als Chorea chronica in der Litteratur beschriebenen Fälle die Erblichkeit nicht mehr so eng fassen, um dieser Form den Namen „hereditär" mit vollem Recht beilegen zu können. Man wird eben dann den Begriff der Heredität in dem Sinne gebrauchen müssen, wie man es bei anderen Nervenkrankheiten, besonders den Neurosen, ganz allgemein thut. Daraus ergiebt sich aber für uns, dass, wenn die Chorea chronica nicht direct hereditär zu sein braucht, auch dieser Punkt dann differentiell-diagnostisch zwischen letzterer Krankheit und der Maladie des Tics nicht in Betracht kommen kann. Andererseits aber sind als Chorea chronica Fälle erwähnt, die bereits in der Jugend ihren Anfang nehmen. Damit würde auch die zweite von uns bei der Huntington'schen Chorea in Betracht gezogene

Thatsache ohne irgend welchen Werth sein. Dagegen muss die fortschreitende Verschlimmerung und der schliessliche Ausgang der Chorea chronica als ein wesentlicher Unterschied zwischen dieser Krankheit und der Maladie des Tics gelten. Hier stimmen also die Chorea chronica und die Maladie des Tics nicht überein, wohl aber hat erstere mit der Huntington'schen Chorea einen gleichen Verlauf. In allen Fällen nämlich von Chorea chronica, die genügend lange beobachtet sind, sieht man, dass sämmtliche Erscheinungen an Intensität und Extensität unaufhaltsame Fortschritte machen, bis die Krankheit ihr Opfer körperlich und geistig ruinirt hat. In einem gewissen Stadium des geistigen Verfalls bekommen einige Kranke maniakalische Anfälle, in späteren Jahren werden sie kindisch und blödsinnig. Die Kranken vegetiren schliesslich dahin, müssen gefüttert werden, lassen unter sich und unterscheiden sich im Grossen und Ganzen kaum noch von gewöhnlichen Paralytikern. Ein derartiger Verlauf der Krankheit kommt aber bei der Maladie des Tics niemals vor; in keinem Falle haben wir Demenz beobachten können, wie denn überhaupt die Intelligenz bei den an Maladie des Tics erkrankten Individuen erhalten ist. Hierzu kommt, dass bei Chorea chronica die intendirten Bewegungen von Einfluss sind; letztere veranlassen nämlich ein Nachlassen oder selbst ein Verschwinden der choreatischen Bewegungen. Bei der Maladie des Tics hingegen lernen wir ein ganz anderes Verhalten kennen. In 8 Fällen nämlich haben intendirte Bewegungen keinen Einfluss auf die unwillkürlichen Bewegungen; bei einem Patienten (Fall V.) werden die letzteren dadurch sogar gesteigert und nur bei Fall IV verschwinden die Zwangsbewegungen vollkommen, so dass der Kranke im Stande ist, sich öffentlich als Ballettänzer zu zeigen. Bei diesem Patienten kann aber deshalb schon von einer Chorea

chronica nicht die Rede sein, weil derselbe gleichzeitig fixe Wahnideen und Zwangshandlungen zeigt, über deren Vorkommen bei der hereditären Chorea nichts bekannt ist. Ferner wollen wir erwähnen, dass wir in keinem Falle von Chorea chronica das Symptom der Coprolalie haben finden können. Endlich erscheint uns die Thatsache von besonderer Wichtigkeit, dass in den meisten Fällen von hereditärer Chorea über eine dauernde Sprachstörung berichtet wird; dabei leidet im weiteren Verlauf der Krankheit die „choreatische" Sprache immer mehr und geht schliesslich als menschliche Sprache so gut wie verloren. Bei der Maladie des Tics hingegen ist von einer dauernden und progressiv verlaufenden Sprachstörung nicht die Rede.

Die übrigen Formen nun, welche als Chorea beschrieben sind, dürften differentiell-diagnostisch kaum in Frage kommen. Vor Allem gilt dies für die von den italienischen Aerzten Pignacca, Dubini, Stephanini und Anderen unter Chorea electrica beschriebene Krankheitsform, die ja gewöhnlich in 10—12 Tagen unter Hinzutreten von progressiver Lähmung, schweren Gehirnerscheinungen, hochgradigen Temperatursteigerungen und Delirien zum Tode führt. Aber auch die von Henoch als Chorea electrica beschriebene Krankheit hat mit der Maladie des Tics nichts zu thun. Heute möchte wohl kaum noch Jemand jene Affection vom Paramyoclonus trennen wollen, während andererseits die sogenannte Chorea rhythmica doch nur als Theilerscheinung hysterischer Zustände vorkommt. Durch diese Erwägungen sind wir aber jetzt zu einer interessanten Frage gelangt, die sich dahin zuspitzen würde, ob denn nicht auch die Maladie des Tics weiter nichts als eine Form der Hysterie ist.

Und in der That giebt es Autoren, welche beide Krankheiten für identisch ansehen zu müssen glauben.

Im ersten Augenblick hat diese Ansicht etwas äusserst bestechendes; allein bei genauer Betrachtung dürften sich doch auch hier eine Reihe von unterscheidenden Merkmalen finden. Zunächst müssen wir natürlich zugeben, dass genau in derselben Weise wie bei der Maladie des Tics, so auch bei der Hysterie Zwangsbewegungen vorkommen können; ferner wissen wir ja, dass auch bei der Hysterie das Ausstossen unartikulirter Schreie oder das Nachahmen von thierischen Lauten vorkommt, so dass man z. B. nicht mit Unrecht von einem hysterischen Bellen, Blöken oder Miauen gesprochen hat. Ja, selbst die Echolalie kann bei der Hysterie vorhanden sein. Dagegen wird man niemals das Symptom der Coprolalie bei einem hysterischen Individuum antreffen; niemals wird man bei ihm fixe Wahnideen finden; diese sprechen aber für Maladie des Tics. Bei der Hysterie dagegen ist der Geisteszustand ein durchaus anderer. Bei ihr bildet der fortwährende, oft genug ganz jähe und unmotivirte Wechsel in den Stimmungen selbst, die sogenannte Launenhaftigkeit, ferner das Gebunden- und Beherrschtsein des Ichs, sowie das daraus entstehende Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und die hieraus wieder erwachsende Unzufriedenheit mit sich selbst das charakteristische Merkmal. Sodann ist zu betonen, dass, wenn die Maladie des Tics als Hysterie aufzufassen wäre, man bei ihr auch diejenigen Symptome finden müsste, welche eben als Signa pathognomonica der Hysterie gelten. Als solche sehen namentlich deutsche Autoren den Globus und Clavus an; diese Erscheinungen finden wir aber bei keinem unserer an Maladie des Tics leidenden Patienten; ebensowenig haben wir bei letzteren je die sogenannten Paroxysmen oder hysterischen Anfälle beobachten können, von deren Auftreten ja bekanntlich viele Aerzte erst die Hysterie beziehungsweise deren Ausbruch datiren.

Auch Sensibilitätsstörungen zeigt keiner unserer Patienten. Diese spielen jedoch bei der Hysterie eine wesentliche Rolle. In keinem Falle haben wir Parästhesien, Hyperästhesien oder Anästhesien nachweisen können; niemals hat sich, worauf die Franzosen ein besonderes Gewicht zu legen scheinen, Hemianästhesie in der cutanen Sphäre und concentrische Gesichtsfeldeinengung gezeigt. Auch sonst zeigte sich die Function der Sinnesorgane nie verändert. Schliesslich müssen wir noch darauf hinweisen, dass auch der Verlauf beider Krankheiten äusserst verschieden ist. Während wir nämlich bei zweckentsprechender Therapie die unwillkürlichen Bewegungen hysterischer Personen schnell an Intensität und Frequenz abnehmen und schliesslich definitiv verschwinden sehen, zeichnen sich die Zwangsbewegungen bei der Maladie des Tics durch die Hartnäckigkeit aus, mit welcher sie allen Behandlungsmethoden, selbst der Suggestion, zum Trotze bei dem einzelnen Individuum verharren. Sie sind eben unheilbar. Ueberhaupt finden wir, dass sämmtliche Krankheitserscheinungen bei der Maladie des Tics mehr oder weniger für immer constant bleiben; zum Wesen der Hysterie aber gehört es, dass das gauze Bild etwas überaus Bizarres und unmotivirt Schwankendes bekommt; es wechselt gewissermaassen kaleidoskopartig bei dem geringsten Anlass.

Halten wir also somit an der principiellen Verschiedenheit beider Krankheiten fest, so müssen wir doch andererseits hervorheben, dass es sehr wohl möglich ist, dass Hysterie und Maladie des Tics bei demselben Individuum sich entwickeln können. Ein solches Beispiel bietet uns ja Fall XI. Hier sehen wir, dass Patient im 18. Lebensjahre an Hysterie erkrankte und erst 5 Jahre später, nachdem jene Krankheit schon längst geheilt war, von Maladie des Tics ergriffen wurde. Ja,

es kann sogar vorkommen, dass beide Krankheiten zu gleicher Zeit sich vereinigt vorfinden; es handelt sich dann also um dieselben Zustände, wie wir sie etwa bei der Epilepsie und Hysterie finden. Hier ist es ja bekannt, dass hysterische Personen auch mit Epilepsie behaftet sein können, wie auch umgekehrt epileptische hysterisch werden können. In derselben Weise kann also auch die Maladie des Tics mit der Hysterie coincidiren. In diesen Fällen ist natürlich die Diagnose schwierig und oft im ersten Augenblick unmöglich; sie wird sich dann aus dem Verlauf der Krankheit im Wesentlichen ergeben müssen. Einen derartigen Fall erwähnt Guinon; doch haben wir darüber zu referiren absehen zu müssen geglaubt, weil wir hier nur möglichst reine Fälle von Maladie des Tics vorführen wollten.

Unsere Krankheit wäre also in ihrer uncomplicirten Form eine Neurose sui generis, die von anderen mit ähnlichen Motilitätsstörungen einhergehenden Affectionen, wie dem Paramyoclonus multiplex, den verschiedenen Formen der Chorea und der Hysterie, durchaus zu trennen sein wird.

Was nun die Aetiologie der Charcot-Guinon'schen Krankheit anbetrifft, so spielt hierbei, wie schon oben erwähnt, die Heredität eine hervorragende Rolle. Die meisten Patienten sind neuropathisch oder psychopathisch belastet und nur in 3 Fällen (VIII, IX und X) wird jede erbliche Anlage direct ausgeschlossen. Als specielle Gelegenheitsursachen werden in erster Linie Gemüthsbewegungen und Imitation beschuldigt. So wird bei Fall II ein heftiger Schreck angegeben, welcher unmittelbar den Ausbruch der Krankheit verursachte, während in zwei anderen Fällen die Nachahmung von Grimassen von Bedeutung zu sein scheint. Bei einem Patienten ferner handelt es sich um ein Trauma; bei einem an-

deren um die Influenza, in deren Gefolge die Maladie des Tics sich einstellte. Letztere Veranlassung bei Fall XI ist um so interessanter, als ja aus der letzten Influenza-Epidemie eine Reihe von Beobachtungen bekannt geworden sind, wo sich an diese Infectionskrankheit mehr oder weniger schwere nervöse Störungen, namentlich bei dazu disponirten Individuen, angeschlossen haben. Endlich wäre noch zu erwähnen, dass das Geschlecht ohne besonderen Einfluss ist; wenigstens stellt das weibliche Geschlecht keineswegs ein grösseres Contingent als das männliche.

Hinsichtlich der Prognose können wir sagen, dass diese quoad vitam günstig, quoad sanationem aber ungünstig ist; denn unter 11 Fällen ist keine Heilung beobachtet worden, und nur in 3 Fällen können wir über eine Besserung berichten.

Therapeutisch sind die verschiedensten Mittel in Anwendung gezogen worden; vor Allem wurden Sedativa und Antispasmodica verabreicht, und es scheint, als ob sich dabei die Sol. arsenicalis Fowleri in subcutaner Anwendung und die tr. Gelsem. sempervir. am meisten bewährt haben; ausserdem wurden die Patienten isolirt, und in geeigneten Fällen von der Hydrotherapie und der Elektricität Gebrauch gemacht. Bemerkenswerth ist, dass französische Aerzte sich von dem Hypnotismus Vortheile versprachen. Indessen gelang es Burot bei seiner Patientin (Fall VI) nicht, dieselbe einzuschläfern; ebensowenig glückte die Hypnose im Fall VII. Im Uebrigen zerstäubte er Aether auf den Kopf und wandte Chloralhydrat, Bromkampher und Purgativa an, ohne natürlich eine Heilung zu erzielen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Mendel sowohl für die Anregung zu dieser Arbeit, als auch für die gütige Ueberlassung der Fälle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Gilles de la Tourette, Arch. de neurolog. 1885, No. 25.
2. Guinon, Rev. de méd., janvier 1886.
3. Guinon, Rev. de méd., 1887. Tics Convulsifs et Hystérie.
4. The journal of nerv. und ment. dis. 1886, No. 7 (So called Gilles de la Tourette's disease).
5. Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Toulouse 1887.
6. Leçons sur un cas de Maladie des Tics par J. Grasset. Archiv de neurolog. 1890, No. 58 und 59. (Neurolog. Centralblatt, Jan. 1891 — Referat).
7. Ziehen, Archiv für Psychiatrie 1888. Ueber Myoclonus und Myoclonie.
8. Bechterew, Archiv für Psychiatrie 1888. Paramyoclonus multiplex.
9. Hoffmann, Virch. Arch., Band 111. Ueber Chorea chronica progressiva.
10. Rudolf Arndt, Hysterie, Eulenburg's Real-Encyclopädie.

THESEN.

I.

Die Maladie des Tics ist eine Krankheit sui generis.

II.

Die Laparomymotomie ist nur unter besonderen Umständen indicirt.

III.

Die Porro'sche Operation ist nicht im Stande, den klassischen Kaiserschnitt zu verdrängen.

Lebenslauf.

Verfasser, Heymann Hirschfeld, mos. Confession, Sohn des Rentners Adolph Hirschfeld, wurde am 26. März 1860 zu Spandau geboren; er besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt und verliess dasselbe 1881 zu Ostern mit dem Zeugniss der Reife. Am 30. April 1881 wurde er als Studiosus medicinae an der Grossherzoglich-Badischen Universität Heidelberg immatriculirt, welche er jedoch nur ein Semester besuchte. Hierauf liess er sich am 10. October 1881 an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin inscribiren, wo er nun während seiner ganzen Studienzeit verblieb. Anfang Juni 1883 bestand er die ärztliche Vorprüfung und erhielt am 9. December 1889 seine Approbation als Arzt. Er widmete sich jetzt besonders dem Studium der Haut- und Frauenkrankheiten und legte im Januar 1891 behufs Promotion das Examen rigorosum ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, Behrend, v. Bergmann, du Bois-Reymond, v. Bunsen, Fasbender, v. Frerichs (†), A. Fränkel, B. Fränkel, Fräntzel, Glöckner, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, v. Hofmann Hofmeyer, Küster, Landau, Leyden, G. Lewin, L. Lewin, Liebreich, Mendel, Fr. Müller, Olshausen, Pfitzer, Quincke (Heidelberg), Rabl-Rückhard, Reichert (†), Ruge (Heidelberg), Schöler, Schröder (†), Schweigger, Silex, R. Virchow, Westphal (†), Winter, Wyder.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.